

介護保険制度下における 独立型介護支援専門員に関する一考察

弓 洋 平

はじめに

介護保険制度下における介護支援専門員は重要な要と位置づけられている。その要としての役割は2つの側面が考えられる。1つは制度上要介護者等の介護サービス計画（以下、ケアプランという。）作成者としての役割であり、他方は介護支援専門員が所属する機関や施設にとってのものである。

この2つの要としての役割の間におかれた場合、介護支援専門員がどちらに優先順位をおくかを選択せざるを得ない状況にあるかは周知のとおりである。介護支援専門員が作成するケアプランより保険給付として、各種の保健医療サービスや福祉サービスが提供されるが、そこにはサービスに対する中立や公平性、効率や効果面、あるいは費用効果への視点が専門性として必要となる。同時にケアプラン作成に伴い、適切な評価能力、サービスの適切な分配能力、情報の収集および分析能力といった能力も必要となってくる。

そこで、本研究では介護支援専門員が、介護保険制度における本来の機能としてもつべき中立性、公平性や能力に着目し、独立型介護支援専門員が今後成立し得るかどうか考察してみたい。

1. 介護支援専門員の役割について

介護支援専門員（以下、ケアマネ）とは、介護保険法（第7条第5項）に「要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するもの」と規定されている。そのケアマネの業務は、運営規程で定める通常の事業実施区域（フィールド）で展開されるフィールドワークと法定帳票等の作成といった事業所内で行われる膨大な書類への記載や給付管理業務といったデスクワークの2つに大別できる。居宅介護支援業務を実施するうえで必要な業務を列挙し、現状と保険給付額のあり方（適正化）についてふれていく。

（1）フィールドワークについて

まずは、要介護認定に関する業務で、担当利用者の代行申請を保険者に行うもので、要介護認定期間終了日の2ヶ月前より更新手続きができるが、認定後入院等によって保健医療サービスや福祉サービスの利用に至らない場合、あるいは住宅改修のみの場合等は保険請求に結びつかない。さらに代行申請ができたとしても、大事な介護保険被保険者証を預かるわけだから代行申請できる日にアポイントをとることになるが、その日時に利用者が不在、被保険者証が見当たらない（仮に紛失していれば再発行の手続きをとることになる）、なかには被保険者証を預かる居宅サービス事業者もあり、代行申請と一言でいっても申請書類に必要事項を記入し、保険者へ申請書類を提出するという以外に時間と労力を費やすことになる。

次に介護支援サービスに関する業務で、利用者の身体状況、生活環境および介護者状況をアセスメントし、把握（課題分析）、サービス担当者会議の

開催、介護サービス計画を作成、それに対する説明をし、本人や家族からの同意を得る。また、モニタリングをはじめ継続的な支援管理を行っていくが、その際本人（家族を含む）の希望にあわせて、土曜や日曜、加えて夕方や夜に訪問し相談に伺うことが多くある。当然、家族は働きに出ていて、介護ができないために介護保険制度を活用しているわけで、家族まで含めた説明を行おうとすれば必然的にそうになってしまう。一方役所の方が行くと連絡がくると、家族の方もお休みをなどして待機していただけるが、民間事業所のケアマネが行くということになると、「都合が悪い」「忙しい」と言われれば家族の都合にケアマネ側があわせて伺うという側面がある。運営規程に盛り込んでいる営業日、営業時間と実務面との間に乖離が生じている。

（２） デスクワークについて

まずは、アセスメントやモニタリング、サービス担当者会議等は利用者宅や利用している居宅サービス事業所等で実施していくためにメモ的に記していることを法定帳票（第1表から第8表）や法定外帳票（アセスメントやモニタリングに関する書式等：これらの書式については法的に定められた形式が存在しないので法定帳票と対比させて今回このように表現した）に転記していくことになるが、個人差もあるだろうがこれが膨大な時間を費やすことになる。今後これを保険給付額へ適性に反映させるためにはもう少し時間をかけ個人差を加味した客観性のある数値化を試みたい。

次に給付管理業務である。居宅介護支援事業者が行うもので、居宅サービスの上限額を超えてサービスを利用すると全額が利用者の自己負担になってしまうため、利用額の管理を行い限度額内のサービスにするか超えても良いか利用者や家族と相談し、ケアプランを作成し、利用者や家族に1ヶ月間利用するサービス費用を提示し、この料金額（あるいは自己負担額）で介護保険サービスを利用できることを確認するが、現状では支給限度額を超えてサービスを利用する人は多くはない。ここで述べたいのはケアプランが利用者の自己作成の場合は保険者が給付管理を行うことになるが、このことを考えると本来保険者が行わなければならない業務を居宅介護支援事業所が代行

しているのではないかと邪推してしまう。たしかにケアマネが居宅サービス事業に対して「給付管理を行わない」との伝家の宝刀を行使できれば、給付管理業務を行うことにも大きな意義が生じるのであるが、そうはできない現実が存在する。

本来のケアマネの仕事は、利用者や家族を居宅サービス事業者、保険者、地域と繋ぎ、関係性を強化させていくパイプ役、潤滑油役であるといえる。このことを踏まえれば運営規程で定める通常の事業実施区域での介護支援サービスに関する業務に重点が置かれるべきである。したがってケアマネの役割としての介護報酬である居宅介護費はこのたびの改正でも見直しが行われず、取扱件数が40件未満であれば、要介護1・2（1,000単位／月）、要介護3・4・5（1,300単位／月）と据え置かれたが、しかし、独立型の居宅介護支援、あるいは単独型の介護支援専門員の成立を前提すれば、介護支援やそれに付随する業務内容からみるとまだ安いのではないかと見える。さらに記憶は忘却するもので支援を継続していく中で必然的に記録は残していくことになるはずである。そこで介護支援サービスに関する業務を基本給付額として残りのフィールドワークやデスクワークは減算対象として強制的に、全国統一的に義務付けるのではなく、加算対象とすべきである。

2. 独立型の居宅介護支援、あるいは単独型の 介護支援専門員をとりまく課題

（1）利用者との関係性、ケアマネの質の向上

さまざまな業種、専門職が利用者の介護等に関わっているのに、ケアマネの役割が知られていない、「顔がみえない」という批判が出ているのもやむをえない現状がある。たとえばホームヘルパーやデイサービスのスタッフの方のほうが利用者と接する機会が多いため、そしてケアマネの訪問回数が少なく覚えてもらえる機会が少ないためにケアマネはより十分な信頼関係を構築する必要がある。加えてケアマネの元職（医療系、福祉系など）により、

考え方が違う、アプローチの方法が違う、プラン内容が違うなどの課題がある。ケアマネに対する研修やケアマネ間の交流も必要である。しかし一方で、研修が多くなりすぎて、負担感があることも事実である。「ひとりケアマネ」であるがゆえに研修に参加できるのは限られてくる。義務付けのない自己研鑽のための研修の実施と義務付けの研修であれば同内容の研修を複数回同地区で開催し、受講機会の確保を行うべきである。

さらに毎年、法改正があり、そのたびに現場はふりまわされており、まだこの制度は試行錯誤の段階にあるといえる。

（２） 担当利用者数と居宅介護支援費の逓減性

現状では、前述したように利用者の相談、代行申請業務、介護支援サービスに関する業務、給付管理など又それに付随する記録整備に追われている。標準担当件数を35件に据え置き、さらに平成24年度からの運営基準減算として「減算要件に該当した場合、基本単位数の50%を算定。さらに減算要件が2か月以上継続している場合所定単位数は算定しない。」ということになったが、これはケアマネ自身でやっているといえれば減算請求しないことになる。それが認められ今のところケアマネのモラルによる。このことは専門性を担保とした信頼関係に基づくものであろう。その意味では「ひとりケアマネ」であっても専門性が認められた証として評価できる。また担当利用者数と居宅介護支援費の逓減性が設定されたことは、居宅介護支援の質の確保やケアマネの労働環境の向上などの面からみれば評価できるが、実際独立型の居宅介護支援、あるいは単独型の介護支援専門員として事業の経営、運営面からみれば減算覚悟で利用者を確保して置けなければならない現実がある。それは、厚生労働省が意図する居宅介護支援の質の確保やケアマネの労働環境の向上からは乖離していくことになる。つまりは居宅介護支援費の基本単位数が安いのではないかとわざとをえない。

（３） 第三者評価事業の充実と介護保険事業者全体の資質の向上

制度そのものが試行錯誤の段階にあり、ケアマネの質についても改善していくことが必要である。そのためには、第三者による評価の仕組みをしっか

りさせていくことが重要であるが、その1つの方法として年1回の「介護サービス情報の公表」をし、その都道府県条例に基づく手数料（おおむね30,000/回）が必要としている。このことは実地指導あるいは監査を手助けし、保険者や行政にとって効率化を図る一翼を担う結果になるであろうが、独立型の居宅介護支援、あるいは単独型の介護支援専門員にとっては居宅介護支援費の基本単位数が低く設定されているうえ、ケアマネの人件費としての算定しかなされていない介護報酬しか収入がないにも関わらず、手数料の捻出をどこから調達するのか疑問が生じる。

さらに利益誘導中心の事業主の姿勢が、ディーセントワークの確立を阻害する一因となり個々のケアマネのバーンアウトにつながっている。ケアマネ自身の研修や交流については前述したが、ケアサービスの全体の質を上げる努力も必要であり、そのためには事業主向けの研修も必要であろう。

（４）低所得者対策の充実

実は、まだ生活保護を受けている人の方がまだ良いと感じており、生活保護受給水準とのボーダライン層が一番苦しい位置づけに存在する。

毎日の生活維持がやっとの利用者がいて、少ない年金収入の中でケアマネとともに考えお金をやりくりし、サービスを最低限受けている現実がある。低所得対策をはじめ生活保護法等の見直し、マンパワーの連携だけではなく、法律や制度上の連携が必ず必要であろう。

3. ケアマネジメントの成立条件

（１）ケアマネジメントの概念

ケアマネジメントは、居宅介護支援事業者のケアマネが以下のような一連の作業行う。

- ①介護保険制度における介護支援サービス（ケアマネジメント）は、要介護者に対し、個々の解決すべき課題や状態に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保健・医療・福

社にわたる介護の各サービスが総合的、一体的、効率的に提供される体系を確立することとしている。

- ②ケアマネジメントの中心機能は、課題分析、介護サービス計画の作成、サービスの実行、サービスの継続的な管理・評価という一連の過程をいう。
- ③課題分析（アセスメント）は要介護者等の健康状態、ADL、家族の状態などの評価を行い、ニーズを把握する。
- ④サービス担当者会議（ケアカンファレンス）は主治医との連携、指導をはじめ各介護サービス提供者および利用者本人あるいは家族の参加による意見交換を行う。
- ⑤介護サービス計画（ケアプラン）策定では、ケアの基本方針、目標、サービス内容、量等を利用者（家族を含む）と一緒に決定する。そしてこの計画に沿ってサービスが実施される。またサービスが計画に基づいて提供されているかどうか、あるいは要介護者のニーズに変化がないか継続的に管理し、必要な場合は、サービス計画の見直しを行う。（モニタリング）

（２） 居宅介護支援（ケアプラン作成）における問題点

居宅介護支援（ケアプラン作成）において以下のような問題点が指摘できる。

- ①サービス給付には上限が設定されるため、その範囲に収まるように計画作成することになり、要介護者のニーズに合わせたケアマネジメントにはなりにくい。「コスト管理」のみに向けた高齢者の生活管理になる可能性がある。
- ②実費負担の増大により、サービス利用の抑制が発生し、「介護の社会化」という介護保険制度の目的と現実で乖離が生じる可能性がある。
- ③「身体的自立」のみに向けた高齢者の生活管理になる可能性がある。
- ④ケアマネ主導（事業所主導）のケアマネジメントになり、利用者の選択は形式だけになる可能性がある。
- ⑤サービス提供者に併設された居宅介護支援事業者によるケアマネジメントは、中立性を確保することが困難であることが予想される。

(3) ケアマネジメントにおける問題点

ケアマネジメントとは地域社会において長期的な障害や社会的不利をもつ者の「ニーズとそれを満たす資源を効率的かつ合理的に結びつける普遍的な方法」⁽¹⁾と言われている。また介護支援専門員の要件、役割は専門性、公正ならびに中立性、サービス提供事業者との連絡および調整、サービス提供の管理および見直し、要介護者とその家族に対する情報提供とされている。

しかし一方、ケアマネジメントの効率と合理性のみが前面に出ると手段が目的に転化し、特に財政問題を抱える介護保険下ではケアマネジメントがコストコントロールになってしまう危険をも含んでいる。これらの状況から、今後起こりうることは、次のことが想定される。

- ①ケアマネの「こうするのが良いですよ」「現状ではこうするしか仕方ありません」との判断を受け入れ、本人の選択権、主体性は形式的なものになって行く。
 - ②ケアプラン作成のみでは経営的に成立しないとすれば他の介護サービス提供で収益を確保しなければならない。
 - ③ケアプラン作成事業者と介護サービス提供事業者が同一の場合、サービス担当者会議は同一事業者内の各サービス担当者のみで構成され、ケアマネ単独でのケアプラン作成に近いものになる。
 - ④営利化していくのは避けられないとすると、効率が追求され、ケアプランのパッケージ化などがされ、個別的なサービス提供は少なくなるであろう。
- ケアマネはこの問題を克服し、人権を尊重、地域で生活をチームとして支援、マネジメントして行かねばならない。しかし介護保険のケアマネジメントを現実に運用するとき、他の多くの問題を別にしても、公平性、中立性、主体性の尊重など社会的責任を果たすには多くの困難が伴うだろう。

(1) 岡田藤太郎・岡本千秋・小田兼三監修『ケアマネジメント入門』中央法規出版
1998年 p65

4. 居宅介護支援にかかる介護報酬

居宅介護支援の基本単位は取扱件数が40件未満を前提に要介護1・2で1,000単位（10,000円）／月、要介護3・4・5で1,300単位（13,000円）／月で標準担当件数を一定程度超過する場合の通減制が導入されている。また介護予防支援の基本単位は400単位（4,000円）／月。これらに初回加算、特定事業所加算、特定事業所集中減算が創設され（介護予防支援では初回加算のみ）、運営基準の減算の見直しが行われた。

しかし、医療保険の初診料はシンプルで算定しやすいが、介護保険の初回加算はわかりにくく算定しにくい。また特定事業所加算は十項目近くも算定要件があり、厳しすぎて算定しにくい状況にある。それらを反映する形で居宅介護支援事業所では収益率マイナス17%を維持している。

そこで要介護1・2で10,000円、要介護3・4・5で13,000円という介護報酬が妥当であるのか検証してみたい。

介護労働安定センターの調査によれば、介護支援専門員の1ヶ月の平均賃金は284,800円。これに福利費12%を加えると318,976円になる。年間労働時間を2,084時間（週40時間労働の52.1週で算出）と仮定し、時給換算すると介護支援専門員の直接人件費は1時間あたり1,837円となる。果たしてこの時給単価が適切なのかを判断するための指標として、いずれのサービスも利用者宅を訪問して、1対1のサービスをおこなうという構造は同じなので、同様の手法で訪問看護と訪問介護でみる。すると訪問看護は時給換算で1,970円、訪問介護は時給換算で1,308円となる。

さらに直接人件費率に視点を変えてみたい。訪問看護の1回あたりの単価は「30分以上60分未満」で8,300円⁽²⁾なので介護報酬に占める直接人件費率は23.7%で、訪問介護の1回あたりの単価⁽³⁾は「30分以上60分未満」で2,960円なので介護報酬に占める直接人件費率は44.2%となる。

(2) 指定訪問介護ステーションから提供されている場合をさす。

居宅介護支援費は月額で設定されているために単純比較できないが、直接人件費率を当てはめて試算してみると、平均担当数は26.6人、これを居宅介護支援費11,200円⁽⁴⁾で算定すると月額297,920円。これに福利費を含めた介護支援専門員の平均賃金における直接人件費率に換算すると107%となる。つまり収入のすべてを人件費にまわしても介護支援専門員一人に支払えないという状況を生み出している。

そこで直接人件費率を訪問介護費並みの44.2%まで下げると想定すると、月額にして約721,000円が必要となり、27,105円の居宅介護支援費が算定できる。さらに収入に占める人件費の限界とされる70%枠にあてはめても月額にして約456,300円が必要となり、17,154円の居宅介護支援費が算定できる。つまり、要介護1・2で10,000円、要介護3・4・5で13,000円という介護報酬では経営していくうえで限界点を大幅に下回る設定であるとの試算結果が出た。

ここでは、検証するために訪問看護と訪問介護をあげたが、訪問看護と訪問介護でも直接人件費率で一概に論じることはできない。訪問看護であればガーゼや拵子といった医療器具が必要であり、主治医からの意見書は必要といった一手間も二手間も訪問介護と違って、イニシャルコストやランニングコストの面も異なる。また訪問介護もサービス提供責任者の配置義務があり間接人件費が必要など経営面だけの差異をあげようと思えばいくらでもあげられるがここでは割愛する。つまり訪問看護と訪問介護、また居宅介護支援もまったく異なる性質を持つサービスであるし、それぞれの立場や言い分も

(3) 訪問介護における「30分以上60分未満」で2,960円の算出根拠は、時間内すべてを生活援助、あるいは身体介護を行うことではないということを想定し、「20分以上45分未満」(190単位)の生活援助と「30分以上1時間未満」(402単位)の身体介護を50%ずつ提供しているモデルケースとして算出した。さらに通常の時間帯に、一人の2級以上の訪問介護員等に提供される等特別な加減算がない場合を想定した。

(4) 居宅介護支援の基本単位は取扱件数が40件未満を前提に要介護1・2で1,000単位/月、要介護3・4・5で1,300単位/月であるが、認定者数の割合から要介護1・2で70%、要介護3・4・5を30%と想定し、居宅介護支援費を11,200円として算出した。

ある。ここでは現行の介護報酬体系では理論的に矛盾や問題があることを指摘し、人件費率を根拠とした介護報酬体系が必要であることを証明したい。またそうすることが給与条件や勤務条件といった労働環境改善と雇用促進に寄与できるし、またそのことが介護保険制度上の人材確保と育成につながっていくと考える。

介護支援専門員の実給与は、三菱総研（2008年3月発表）の調査では、常勤専従で月額20～25万未満が36.9%と最も多く、15～20万未満31.9%、25～30万未満は17.0%である。現代風にいえば介護支援専門員はワーキングプア様を呈している。また個人的にケアマネジメント業務に関係ないと考えているために保有資格はさほど問題でないと考えるが統計上興味深いデータがある。前出の調査で介護支援専門員の保有資格別の介護支援専門員数が示されている。第1回調査（2001年7月）と第4回調査（2007年11月）で看護師が39.9%から21.0%へ、介護福祉士が21.6%から44.8%へと変化してきているのである。前述したように看護師は介護支援専門員をするよりも元職の看護師へ、介護福祉士は介護職をするよりも介護支援専門業務を選択したことになる。それだけ医療職の給与水準と介護職の給与水準が異なることを示すデータである。

5. 独立型の居宅介護支援、あるいは単独型の 介護支援専門員を成立させるための提言

今後、介護保険が利用者本位のサービスを継続していくためには、ケアマネだけではなく、サービス提供者・行政・地域のスムーズな連携の構築が必要である。たとえば、表面にでてこない要介護者をどのように把握するかという問題が存在する。「福祉（あるいは他人）の世話になりたくない」といった感じで介護保険をとらえている人は少なくない。

介護保険制度におけるケアマネの役割は、利用者や家族を居宅サービス事業者、保険者、地域と繋ぎ、関係性を強化させていくパイプ役、潤滑油役と

述べたが、それを可能にする支援基盤の整備、そして何よりもサービスを提供する側の全体の資質の向上が重要ではないかと考える。そのためには介護報酬の適正化、居宅介護支援の中立性、公平性が実現されなくてはならない。

独立型の居宅介護支援、あるいは単独型の介護支援専門員を成立させ、専門性を確立し、公平性、中立性、主体性を継続し、適正な保険給付を展開していくためには、見かけ上の独立（単独）型の事業所であるか否かを見抜くシステムと真の独立（単独）型事業所へ対応した介護報酬の設定が絶対条件である。

参考文献

厚生労働省 介護給付費実態調査月報

厚生労働省 介護事業経営概況調査月報

ヘルスケア総合政策研究所『介護経営白書 2008 年度版』日本医療企画 2008 年 8 月

ヘルスケア総合政策研究所『介護経営白書 2007 年度版』日本医療企画 2007 年 11 月

三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」2008 年 3 月

三菱総合研究所「地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントの効果的な実施に関する研究」2007 年 7 月

福岡県介護支援専門員協会「平成 24 年度 4 月版介護報酬改定資料集」

福岡県保健医療介護部介護保険課「平成 20 年度集団指導資料（指定居宅介護支援事業）」平成 20 年 6 月

福岡県保健医療介護部介護保険課「平成 19 年度集団指導資料（指定居宅介護支援事業）」平成 19 年 6 月、p46

福岡県保健医療介護部介護保険課「平成 18 年度集団指導資料（指定居宅介護支援事業）」別冊「平成 18 年度介護報酬等の改定について（概要）」平成 18 年 5 月

宣賢奎「介護ビジネスと自治体政策」大学教育出版 2006 年 12 月

介護保険実務研究会「自治体の介護保険制度改革－その対応と運営」ぎょうせい平成 17 年 8 月

海来美鶴、内藤博次編「医業・介護事業者のための新しい介護保険制度と経営対応策」KTC 出版 2005 年 8 月

京極高宣著『国民皆介護 介護保険制度の改革』北隆館 2005.

京極高宣ほか著『介護保険制度改革を考える』東京市政調査会 2005.

社会保障審議会編『介護保険制度の見直しに向けて社会保障審議会介護保険部会報告・介護保険 4 年間の検証資料』中央法規出版 2004.

- 金田弘編著 島津淳監修 『改正 介護保険制度のしくみがカンタンにわかる本』 厚有出版 2006.
- 東京都社会福祉協議会編集 藤井賢一郎監修 『介護保険制度とは…改訂8版～2006年度施行の法改正に対応～』 東京都社会福祉協議会 2005.
- 全国社会福祉協議会 『こう変わる介護保険 PLUS 2006年介護保険制度改正のポイント』 全国社会福祉協議会 2005.
- 海来美鶴／内藤博次編著 『医業・介護事業者のための新しい介護保険制度と経営対応策』 TKC 出版 2005.
- 介護保険実務研究会編集 『自治体の介護保険制度改革その対応と運営』 ぎょうせい 2005.
- 高良麻子著 『実践力をつけたいケアマネのためのワークブック』 中央法規出版 2004.
- 森田靖久編著 『居宅版ポジティブプラン作成ガイド ポジティブな思考過程で利用者の「強さ」を見出す新しい居宅サービス計画書の作り方』 日経研出版 2004.
- 日経ヘルスケア編 『ケアマネ・ハンドブック介護保険業務必携』 日経 BP 社 2000.
- ミネルヴァ書房編集部編 『社会福祉小六法』 ミネルヴァ書房 2005.
- 鬼崎信好ほか編 『介護保険キーワード事典』 中央法規出版 2002.
- 袖井孝子監修 『これでわかる介護保険制度 Q&A』 ミネルヴァ書房 2005.
- 東京都社会福祉協議会編 『介護保険制度における平成18年度介護報酬・指定基準の改定資料編』 東京都社会福祉協議会 2005.
- 社会保険研究所 『介護保険制度改正点の解説（解説編・法令編）平成17年10月・平成18年度版』 財団法人老齢健康科学研究財団 2005.
- 社団法人かながわ福祉サービス振興会編 『居宅介護支援給付管理業務マニュアル』 中央法規出版 2000.
- 白澤政和ほか監修 『ケアマネジメント概論』 中央法規出版 2000.
- 竹内孝仁ほか監修 『ケアマネジメントの実践と展開』 中央法規出版 2000.
- 柴尾慶次ほか編著 『介護支援専門員のしごとを支える Q&A 要介護認定から給付管理、苦情処理まで』 中央法規出版 2000.
- 京極高宣監修 『介護保険事務士養成テキスト①介護保険制度解説』 財団法人老齢健康科学研究財団 2005.
- 京極高宣監修 『介護保険事務士養成テキスト②介護給付費請求の実務』 財団法人老齢健康科学研究財団 2005.